Rok LI. Kraków, dnia 13. kwietnia 1912. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

DR JÓZEF MERUNOWICZ



Z głębokim żalem przychodzi nam pożegnać na zawsze znakomitego pracownika na polu zdrowia publicznego, spraw higienicznych naszych pierwszorzędnego znawcę i gorliwego opiekuna, który niemi kierował niemal ćwierć wieku i któremu w pierwszym rzędzie zawdzięcza Galicya ogromny postęp swój, w tem ćwierćwieczu na polu sanitarnem dokonany. Śmierć zabiera go społeczeństwu przedwcześnie, gdy mógł był przez szereg jeszcze lat dzielnie i pożytecznie służyć krajowi. Prawie nagle przed kilkunastu miesiącami objawiła się groźna choroba, zdawna w ukryciu przygotowana wytężającą pracą na trudnem i odpowiedzialnem stanowisku naczelnika całej administracyi sanitarnej galicyjskiej.

Działalności na niwie higieny publicznej poświęcił się ś. p. Józef Merunowicz nie odrazu. Urodzony w Czerniowcach w r. 1849, przeszedłszy szkoły średnie we Lwowie i w Drohobyczu, uzyskawszy dyplom doktorski na Wszechnicy krakowskiej w r. 1873, pracował zrazu w zakresie medycyny wewnętrznej, jako asystent kliniki, która w tym czasie przeszła w ręce Edwarda Korczyńskiego. Młodego a wybitnie uzdolnionego lekarza pociągał wówczas kierunek naukowy; w tym już czasie ogłosił ś. p. Merunowicz kilka rozpraw, stanowiących piękny zadatek dalszej działalności piśmienniczej. Wnet też, uzyskawszy stypendyum cesarskie, udaje się na studya zagranicę, gdzie półtora roku pracuje w Lipsku pod kierunkiem znakomitego Ludwiga. Owocem tej pracy jest kilka rozpraw z zakresu farmakologii doświadczalnej, które zdawały się przed młodym badaczem otwierać drogę do habilitacyi na uniwersytecie w Krakowie, dokąd powrócił w r. 1875.

W następnym roku jednak wszedł ś. p. Merunowicz na inny tor pracy. Po krótkim okresie praktycznej działalności lekarskiej w Stanisławowie, przyjął już w r. 1878 na propozycyę dawnego swego profesora, a ówczesnego protomedyka, dr. Biesiadeckiego, stanowisko lekarza rządowego, jako koncepista sanitarny, a wybiwszy się dzięki swym zdolnościom, gruntownej wiedzy i pracowitości szybko na pierwszy plan, powołany został w r. 1889 po śmierci prof. Biesiadeckiego na stanowisko naczelne, protomedyka Galicyi, noszącego urzędowy tytuł krajowego referenta sanitarnego.

Zasług ś. p. Merunowicza na tym niezmiernie ważnym posterunku dziś jeszcze w całej pełni przedstawić niepodobna. Miarę ich tylko poniekąd daje ogromny odstęp, jaki pod względem sanitarno-higienicznym dzieli Galicyę dzisiejszą od Galicyi z przed lat trzydziestu. Taki postęp nie jest oczywiście i nie może być dziełem jednego tylko człowieka; jestto skutek pracy wielu ludzi i działania różnych przyczyn. Ale niewątpliwie pomysłowość, wiedza, energia, zdolność organizacyjna i wytrwałość głównego kierownictwa były tu czynnikiem wagi pierwszorzędnej. Wszystkie te przymioty posiadał ś. p. Merunowicz w stopniu wysokim, łącząc je z wielką rozwagą i trafną oceną, co i jak w naszych warunkach da się wykonać; a te niepospolite swoje przymioty oddawał niepodzielnie służbie publicznej, którą pojmował nietylko, jako obowiązek swego urzędu, ale jako zadanie swego życia. Już złożony ciężką i dolegliwą chorobą, rwał się do umiłowanych zajęć i przy każdem polepszeniu powracał do pracy, nie oglądając się na szkodę dla swego zdrowia. Rozległy zakres jego osobistego wpływu na rozwój i postęp sanitarny kraju wyświetli dopiero przyszły historyk, gdy otworzą się dla badań archiwa i gdy z mnogich sprawozdań, wniosków i rozporządzeń odbudują się wszystkie starania, dążenia, działania i czyny.

Sama już czynna, praktyczna działalność zapisze imię ś. p. Merunowicza trwale w dziejach rozwoju sanitarnego Galicyi i jest ogromną Jego zasługą. Gdyby się nawet tylko do niej był ograniczył, miałby prawo do wdzięczności potomnych, bo wszak »virtutis laus omnis in actione consistit.«

Ale ś. p. Merunowicz obok tego nie ustawał pracować piśmienniczo. Rozmiar pracy Jego na tem polu odzwierciedla się nietylko w ilości pozostawionych rozpraw, ale także, i to przedewszystkiem, w bogactwie zebranego w nich materyału, którego zgromadzenie i opracowanie, jak w każdej pracy, posługującej się rozległemi statystykami, pochłania mnóstwo czasu i trudu i należy do zadań najżmudniejszych. Wartość pozostawionych w tym zakresie prac ś. p. Merunowicza, zwłaszcza »Sprawozdań Rady zdrowia«, jest trwałą i stanowić one będą zawsze pierwszorzędne źródło i podstawę do wszelkich dalszych opracowań.

Lekarze galicyjscy zaciągnęli wobec ś. p. Merunowicza wieczny dług wdzięczności. Jako wieloletni prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozwinął je z małych początków do rozmiarów potężnej instytucyi, rozporządzającej przeszło półmilionowym funduszem dla wdów i sierót po lekarzach; przez długie lata umiał ś. p. Merunowicz skupiać koło siebie całe Towarzystwo w zwarty hufiec, jednać mu członków i przyjaciół; On-to głównie sprawił, że Towarzystwo zjednoczyło grona lekarskie ze wszystkich części kraju, koronując tę swą działalność połączeniem się przed paru laty z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem.

Wdzięczność za szczerze koleżeńską troskę o los wdów i sierót wyraziła się ze strony lekarzy całego kraju w mianowaniu ś. p. Merunowicza członkiem honorowym Towarzystw lekarskich: galicyjskiego, krakowskiego i lwowskiego. Uznanie dla skutecznej pracy na polu publicznem wyraziło się ze strony rządu w nadaniu mu orderu Żelaznej korony III. klasy (w r. 1893), tytułu (1901), a później i rangi radcy dworu (1910), oraz dyplomu najwyższego uznania cesarskiego (1905).

»Przegląd lekarski« traci w ś. p. Merunowiczu jednego z najdawniejszych swych, wiernych współpracowników, którego prace były przez długi szereg lat ozdobą i chlubą naszych roczników; traci prawdziwego, wypróbowanego i niezastąpionego przyjaciela.

Głęboka prawość, stanowczość nieznająca kompromisów, gdzie szło o dobro publiczne, usposobienie zrównoważone, pogoda umysłu, zachowywana nawet wśród przeciwności i trosk, których nie szczędziło Mu życie, wysoki takt, szczera koleżeńskość jednały ś. p. Merunowiczowi powszechny mir i głęboki szacunek i cześć, jako człowiekowi.

Prace ogłoszone drukiem: 1) Zrost obu blaszek osierdzia jako przyczyna niedomykalności zastawki dwukończystej. Przegląd lek. 1874. 2) Porażenie odnóg po nagłem otruciu arsenem; skuteczność prądu przerywanego. 1874. Tamże 3) Tętniak wklęsłości łuku aorty (z Korczyńskim). Tamże. 1874. 4) Trzy przypadki zapalenia ochrząstnej chrząstek krtaniowych. Tamże. 1874. 5) Złośliwe zapalenie okostnej przebiegające z objawami duru, bez widocznych przypadków miejscowych. 1874. Tamże. 6) O wpływie środków, wzniecających silny ruch robaczkowy jelit, na wydzielanie limfy. Rozprawy i sprawozdania Wydziału mat. przyrodn.

Akademii Umiejętności w Krakowie. Tom III. 1876. 7) Über die chemischen Bedingungen für die Entstehung des Herzschlages. Berichte der k. sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften. 1875. 8) O chemicznych warunkach powstawania ruchów serca. Przegl. lek. 1876. 9) O fizyologicznem działaniu naparstnicy czerwonej. Tamże. 1877. 10) O chemicznych warunkach ruchów serca. Tamze. 1880. 11) Czwarty wiec del. austr. Tow. lek. Tamże. 1880. 12) Pogląd na śmiertelność większych miast Galicyi w r. 1879 i 1880. Tamże 1881. 13) i 14) Śmiertelność w większych miastach Galicyi w r 1881 i 1882. Tamże 1882—1883. 15 do 19) Sprawozdania z przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w r. 1878—1879, 1880, 1885, 1886, 1887. Tamże 1879—1887. 20) Pogląd na śmiertelność w Galicyi w pięciu latach 1878—1882. Zdrowie 1885. 21) Krajowe uzdrowiska klimatyczne w Galicyi wschodniej. Przegl. lek. 1881. 22) O epidemiach tyfusu w Galicyi w ostatnich latach. Tamże. 1887. 23) O wolu endemicznem i jego związku z głuchoniemotą i kretynizmem. Tamże. 1885. 24) Epidemie dysenteryi w Galicyi w ostatnich latach. Zdrowie 1888. 25) Pogląd na postępy w sprawach zdrowia w Galicyi w ostatnich trzech latach. Zdrowie. 1891. 26) Epidemia duru brzusznego we Lwowie w r. 1893. Przegląd. lek. 1894. 27) W sprawie lekarzy okręgowych. Tamże 1898. 28) Statystyka gruźlicy w Galicyi. IX. Zjazd lekarzy i przyr. polskich 1900. 29) Sprawa międzynarodowego zjazdu dla zwalczania pijaństwa. Tamże. 30) W sprawie zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych w powiatach kosowskim i nadworniańskim. Przegl. lek. 1902. 31) Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. X. Zjazd lek. i przyr. polskich. 1907. 32) O tyfusie brzusznym. Tyg. lek. 1908. 33—52) Sprawozdania c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi (od r. 1885 do 1907). (Oprócz tego liczne artykuły w sprawach zdrowia publicznego, ogłaszane bezimiennie, głównie w Przeglądzie lekarskim).

Stanisław Ciechanowski.

O cięciu brzusznem poprzecznem
(sposobem Pfannenstiela)

podał*)

Dr Czesław Stankiewicz (Warszawa).

Bodźcem do zastosowania cięcia brzusznego poprzecznego było z jednej strony częste występowanie przepukliny po cięciu brzusznem podłużnem, z drugiej — względy natury kosmetycznej.

Rozróżniamy trzy rodzaje cięcia brzusznego poprzecznego:

1) cięcie łukowate podług Bardenheuera, polegające na przecięciu w jednej powierzchni wszystkich warstw ściany brzusznej,

2) cięcie Küstnera, które zasadza się na poprzecznem przecięciu skóry, gdy powięź i otrzewnę przecina się podłużnie,

wreszcie 3) cięcie sposobem Pfannenstiela, stanowiące temat dzisiejszego przemówienia.

Technika cięcia Pfannenstiela, jakiej się trzymamy, jest w ogólnych zarysach następująca. Cięcie skórne ponad spojeniem łonowem (ryc. 1), mniej lub więcej długie zależnie od przypadku, nieco łukowate, wklęsłością zwrócone ku górze; przecięcie luźnej tkanki podskórnej. Cięcie powięzi poprzeczne, o 2—3 cm wyżej od cięcia skórnego. Oddzielenie powięzi od mięśni prostych brzucha i mięśni stożkowatych na tępo, końcem zamkniętych nożyczek, w smudze zaś białej na ostro, nożem lub nożyczkami. Rozdzielenie mięśni prostych brzucha w linii pośrodkowej, w końcu otwarcie jamy otrzewnej w kierunku podłużnym. — Przy szyciu rany, w ten sposób powstałej, trzymamy się szwu czteropiętrowego, podług zasad następujących. Otrzewnę zeszywamy katgutem, stosując szew ciągły. Drugie piętro stanowią szwy katgutowe węzełkowe, którymi zespalamy mięśnie proste i stożkowate. Powięź zeszywamy szwem katgutowym ciągłym, przekładanym. Wreszcie brzegi rany skórnej łączymy zapomocą trzech szwów silkowych, pomiędzy którymi nakładamy płytki Michela.

By zapobiedz powstawaniu krwiaków pomiędzy powięzią a warstwą mięśni brzusznych, do czego przy cięciu Pfannenstiela stwarzamy warunki nader podatne, przy końcu operacyi napełniamy pęcherz moczowy rozczynem kwasu borowego (250—300 cm^3), jak to podał Pfannenstiel, tudzież uciskamy podbrzusze przez nałożenie worka z piaskiem (Döderlein), wagi 1—2 funt., który zdejmujemy po upływie 48 godzin. Opatrunek zmieniamy po raz pierwszy szóstego dnia po operacyi, zdejmując jednocześnie płytki Michela. Szwy skórne usuwamy ósmego dnia, pozostawiając je dłużej tylko w razach wyjątkowych, jak np. przy kaszlu.

Przebieg gojenia się rany brzusznej po cięciu Pfannenstiela nie pozostawia zazwyczaj nic do życzenia. Chore



Ryc. 1. (podług J. L. Faurea).
Cięcie brzuszne poprzeczne nizkie i wysokie. To drugie przez nas nie stosowane.

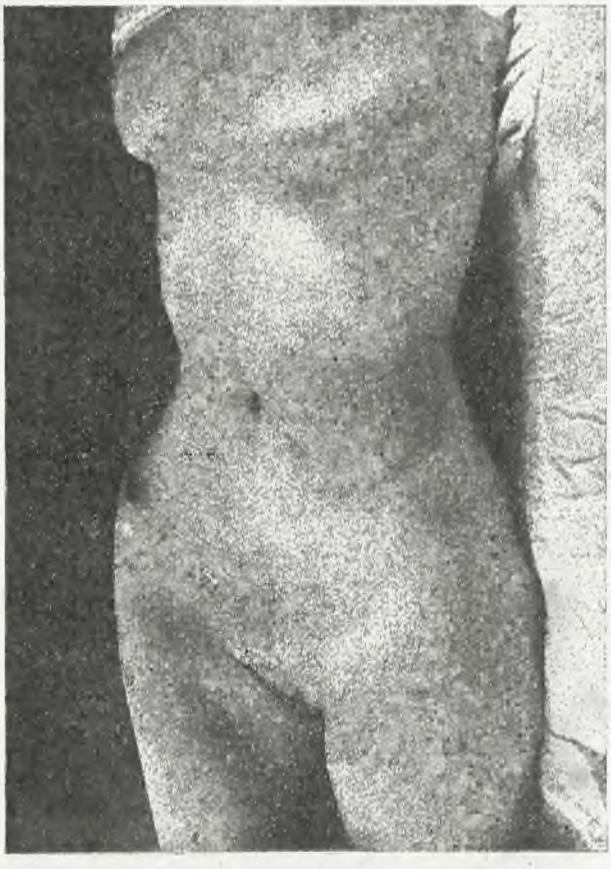
*) Wykład w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich w Krakowie.

opuszczają łóżko 12—15. dnia, zależnie od rodzaju zabiegu śródotrzewnego lub też kombinacyi tego zabiegu z zabiegiem pochwowym. Zaznaczyć musimy, iż przebieg pooperacyjny jest w danym razie na ogół łagodniejszy, niżeli po cięciu podłużnem, a w niektórych przypadkach brak wszelkiego odczynu ze strony otrzewnej bywa tak wybitny, jak to widzimy jedynie po zabiegach pochwowo-brzusznych. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w usadowieniu cięcia poprzecznego, które, zdaniem naszem, powinno być prowadzone na ogół nizko, o 2—3—4 cm ponad spojeniem łonowem. Rzecz oczywista, iż w tym przypadku otrzewna tak ścienna, jak i trzewna, na małej tylko przestrzeni podlega wpływom mechanicznym i termicznym, z czem idzie w parze łagodny odczyn pooperacyjny.

Cięcie Pfannenstiela nie nadaje się bynajmniej, jakby wolno było przypuszczać, do każdego bez wyjątku przypadku. Doświadczenie osobiste, oparte na 120 przypadkach, pouczyło nas w tej mierze dostatecznie. Zdaniem naszem, cięcie poprzeczne jest przeciwwskazane we wszystkich tych razach, gdzie z góry można przewidzieć, iż zabieg śródotrzewny będzie niełatwy, długotrwały. Jakkolwiek bowiem i najtrudniejsze zabiegi, co widać z poniżej załączonej tablicy (ryc. 2), dadzą się tą drogą wykonać, to jednak już samo szycie ściany brzusznej, jako względnie trudne, zbytecznie przedłuża operacyę. Cięcie Pfannenstiela jest również przeciwwskazane we wszystkich przypadkach, gdzie na podstawie badania klinicznego i ścisłej obserwacyi możemy przypuszczać w jamie brzusznej lub jej narządach obecność ropy: gojenie się doraźne rany brzusznej byłoby tu łatwo na szwank wystawione. Nakoniec do cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela nie są, zdaniem naszem, odpowiednie przypadki większych guzów (włókniaki, torbiele), jeśliby nawet sam zabieg śródotrzewny nie przedstawiał trudności technicznych. W przypadkach tej kategoryi za konieczny uważamy dobry dostęp do pola operacyjnego, który każdej chwili, w miarę potrzeby, z łatwością możemy rozszerzyć: warunkom tym odpowiada jedynie i wyłącznie cięcie brzuszne podłużne.

Jakież tedy są wskazania do cięcia Pfannenstiela? Wielką rolę w wyborze odpowiednich przypadków odgrywa tu jakość powłok brzusznych. W pierwszej linii do cięcia poprzecznego nadają się chore o powłokach cienkich, zwiotczałych. Cięcie Pfannenstiela nie przedstawia w tych razach żadnych trudności dla operatora, dostęp do jamy brzusznej jest zazwyczaj doskonały, a prawdopodobieństwo wystąpienia przepukliny następczej, w przeciwieństwie do cięcia podłużnego, zgoła znikome.

Drugą grupę przypadków, w których cięcie Pfannenstiela znajduje wskazanie, stanowią chore o powłokach jędrnych, z niezbyt bogatą podściółką tłuszczową podskórną. U chorych tej kategoryi, zwłaszcza w młodszym wieku, do wyboru cięcia poprzecznego pobudzają nas często względy natury estetycznej, nie ulega bowiem wątpliwości, jak to zobaczymy dalej, iż tą drogą osiągnąć możemy wyniki najzupełniej zadowalające.



Ryc. 2.

Helena N. lat 21. Laparotomia transversa 30. V. 1911 (perisalpingooophoritis bil., peritonitis tbc. incipiens). Powłoki jędrne. Blizna w obrębie owłosienia. Fotografia na 14. dzień po operacyi.



Ryc. 3.

Rozalia W. lat 36. Laparotomia transversa 9. VI. 1911 (salpingooophoritis dextra, pelviperitonitis adhaesiva, appendicitis). Brzuch zwiotczały. Blizna w obrębie owłosienia. Siedemnasty dzień po operacyi.



Ryc. 4.

Katarzyna K., lat 46. Laparotomia transversa 12. IV. 1911 (panhysterectomia subtotalis, appendectomia). Powłoki brzuszne zwiotczałe. Cięcie w fałdzie skórnym powyżej owłosienia. Dwudziesty ósmy dzień po operacyi.



Ryc. 5.

Maryanna R. lat 28. Laparotomia transversa 3. V. 1911 (transplantatio lig. rotundorum). Powłoki grube, brzuch nieco obwisły. Cięcie w fałdzie skórnym. Siedem tygodni po operacyi.

Chore o powłokach grubych i wogóle otyłe nie nadają się do cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela. Cięcie podłużne, względnie mniej rozległe, daje w tych razach dostęp lepszy, łatwiejsze też jest znacznie szycie rany brzusznej. Wyjątek stanowią chore z brzuchem obwisłym, w tym bowiem przypadku cięcie poprzeczne, prowadzone w fałdzie skórnym, oddzielającym zwisającą część powłok od podbrzusza, napotyka ścianę brzuszną ścieńczałą.

Powiedzieliśmy wyżej, iż w pewnej liczbie przypadków cięcie Pfannenstiela znajduje zastosowanie między innemi ze względów estetycznych. Na tem miejscu pragniemy omówić bliżej, jakich zasad trzymać się należy, by cięcie nasze było istotnie pod względem kosmetycznym bez zarzutu. Twierdzenie Döderleina, że blizna poprzeczna w podbrzuszu nie ma skłonności do przemiany modzelowatej, rozszerzania się, nabierania barwy ciemnej u brunetek, nie sprawdziło się w naszych spostrzeżeniach, przy jędrnych powłokach brzusznych. Blizna poprzeczna, jak się okazuje, podlega tu prawom tym samym, co i blizna podłużna. W początkach zdarzało nam się widzieć blizny brzydkie, szerokie, modzelowate, mocno zabarwione. By osiągnąć wynik kosmetyczny, bliznę należy ukryć, w danym razie we włosach. Wypływa stąd ważna wskazówka: przy powłokach jędrnych, o ile chcemy, by blizna była niewidoczna, cięcie skórne powinniśmy prowadzić w obrębie owłosienia (ryc. 2). Zasada ta przy powłokach zwiotczałych nie ma znaczenia tak kategorycznego. I tu jednak, o ile mamy warunki podatne, wybierzemy cięcie w obrębie skóry owłosionej (ryc. 3), dla innych przypadków pozostawiając wybór cięcia w jednym z licznych w tym razie fałdów skórnych (ryc. 4). Wreszcie przy brzuchu obwisłym będziemy się stale trzymać linii fałdu skórnego (ryc. 5), bez względu na to, jak daleko sięga owłosienie, część bowiem powłok obwisła przykrywa bliznę doskonale. Miejsce przecięcia powięzi posiada również, zdaniem naszem, wpływ na wygląd estetyczny blizny brzusznej poprzecznej. Przecięcie to powinno być wykonane nie w linii cięcia skórnego, lecz o 2—3 cm wyżej. Inaczej zdarzyć się może, iż blizna będzie wciągnięta.

W jednym z naszych przypadków, gdzie nie zachowaliśmy powyższego prawidła, zmuszeni byliśmy, na kategoryczne żądanie chorej, do powtórnej interwencyi, polegającej na oddzieleniu zaciągniętej skóry od powięzi i ponownem zeszyciu rany skórnej.

Przy zachowaniu przytoczonych zasad prowadzenia cięcia skórnego i powięzi, otrzymujemy wyniki zgoła bez zarzutu, jak to widzimy na ryc. 6 i 7.

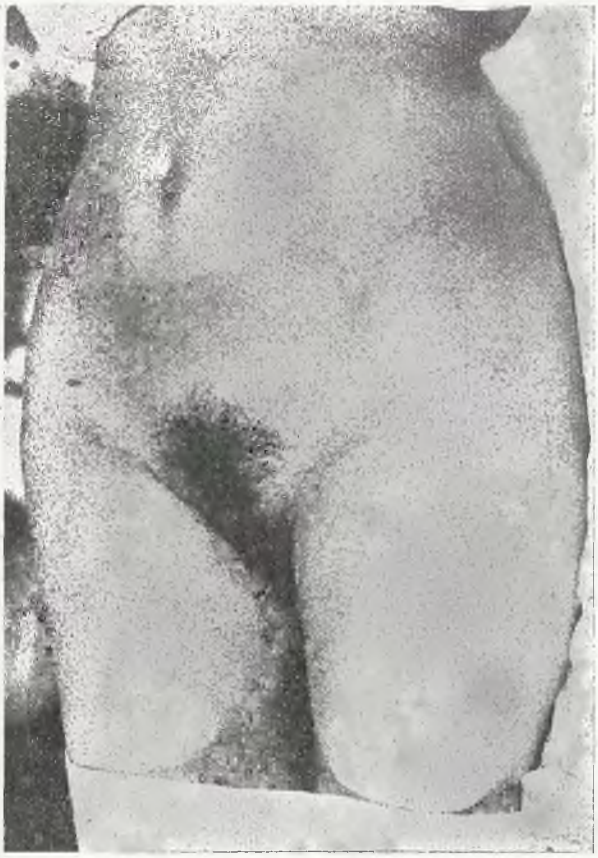
Przechodzimy do części szczegółowej naszego referatu, — rozejrzenia się w zebranym materyale i oceny osiągniętych wyników.

Cięcie Pfannenstiela stosujemy w praktyce od roku 1908. W okresie czasu od roku 1908 do połowy 1911 ogólna liczba naszych laparotomii w szpitalu i praktyce prywatnej wyniosła 407, w czem cięcie poprzeczne wykonano 124 razy. Procentowo cięcie poprzeczne stanowi 35% ogólnej liczby laparotomii.



Ryc. 6.

Feliksa K. lat 26. Laparotomia transversa 14. VI. 1910 (salpingectomia dextra, salpingoooophorect. sin., ventrofixatio uteri). Powłoki jędrne. Wynik kosmetyczny bez zarzutu; blizna niewidoczna, całkowicie ukryta we włosach.



Ryc. 7.

Bronisława Chm. lat 22. Laparotomia transversa 14. X. 1910 (disscissio adhaesionum, salpingectomia dextra, operatio Wylie-Stankiewicz). Powłoki jędrne. Wynik kosmetyczny: blizna przykryta włosami, niewidoczna.

Liczby powyższe rozkładają się podług lat w sposób następujący:

Tablica I.

Rok	Cięcie poprzeczne	Cięcie podłużne	Razem
1908	19	48	67
1909	42	60	102
1910	35	105	140
1911	28	70	98
Razem	124	283	407

Z liczby ogólnej cięcia brzusznego poprzecznego na cięcie Pfannenstiela przypada 120 przypadków. W trzech spostrzeżeniach użyto cięcia sposobem Küstnera, w jednem wreszcie zastosowano cięcie poprzeczne przy operacyi przepukliny pępkowej.

Tablica II. przedstawia wykaz zabiegów operacyjnych, wykonanych drogą cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela w 120 przypadkach.

Tablica II.

Distorsio et discissio adhaesionum	66
Salpingooophorectomia unilat.	44
Salpingooophorectomia bil.	6
Salpingectomia	20
Oophorectomia et resectio part. ovarii	15
Operatio cystis ovar. et parovar.	5
Panhysterectomia subtotalis	13
w tem myoma uteri 4	
Panhysterectomia (adnexitis, pyosalpinx)	2
Enucleatio myomatum	1
Excisio cystis uteri	1
Salpingostomia	13
Transplantatio lig. rot. modo Matlakowski-Stankiewicz	36
Operatio Wylie, modif. Stankiewicz	20
Suspensio uteri m. Bumm	9
Suspensio uteri m. Chodakowski	1
Ventrofixatio	13
Sterilisatio	1
Uretherocystoanastomosis m. Sampson-Krönig	1
Appendectomia	18
Transplantatio ovariorum	2
Herniorrhaphia m. Bassini	1
Operatio Alexander-Adams	1
Ligatura art. ovaricae et iliacae int. utriusque (Pryor)	4
Laparotomia transversa probatoria	2

Widzimy, iż drogą cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela wykonywano najrozmaitsze zabiegi, od prostych do nader złożonych. Większe operacye, jak całkowite i niecałkowite wycięcie macicy z przydatkami, operacye torbieli jajnikowych i t. p. zajmują w naszej statystyce miejsce dość pokaźne — 21 przypadków; w tej liczbie pięciokrotnie były mięśniaki maciczne. Zabiegi, stosowane przy tyłozgięciu macicy, tworzą grupę największą (79 przypadków). Na uwagę zasługują cztery spostrzeżenia, dotyczące operacyi Pryora w przypadkach raka macicy, nie nadających się do operacyi doszczętnej. Cięcie Pfannenstiela daje tu dostęp bardzo dogodny.

(W dwu przypadkach wykonano bez trudności z tegoż cięcia poprzecznego operacyę skrócenia więzadeł obłych

podług Alexandra, względnie doszczętną operacyę przepukliny pachwinowej sposobem Bassiniego).

Zaznaczamy dalej, iż w 18 przypadkach usunięto tą drogą wyrostek robaczkowy. Tu jednakowoż zrobić musimy pewne zastrzeżenie. Cięcie Pfannenstiela nie zawsze daje łatwy do wyrostka dostęp. W dwu przypadkach byliśmy zmuszeni zaniechać wycięcia wyrostka robaczkowego z powodu niemożności udostępnienia pola operacyjnego, przy wyrostku wciągniętym przez zrosty ku górze. Nauczeni doświadczeniem, obecnie trzymamy się poglądu, iż we wszystkich przypadkach, gdzie wywiady wskazują na możność istnienia zmian chorobowych w wyrostku robaczkowym obok zmian w narządach rodnych, należy wykonywać zasadniczo cięcie podłużne.

Dodajemy w końcu, iż dwukrotnie wykonaliśmy cięcie poprzeczne badawcze, a to w przypadkach uporczywej niepłodności, bez dającej się oznaczyć przyczyny. Celem tej t. zw. przez nas »rewizyi« było stwierdzenie naoczne stanu narządów rodnych wewnętrznych, względnie drożności jajowodów.

W całym szeregu przypadków — 64 razy — wykonano jednocześnie zabiegi pochwowe. Zabiegi te były następujące:

Tablica III.

Abrasio	42
Discissio orif. ext. m. Pozzi	3
Amputatio colli uteri	1
Trachelorrhaphia m. Emmet	13
Kolporrhaphia ant.	20
Kolpoperineorrhaphia (et sutura mm. levatorum)	33
Perineorrhaphia m. L. Tait	2
Oper. rupturae perinei compl.	2
Excochleatio carcinomatis	2

Z ogólnej liczby operowanych (120) wyzdrowiało 117, zmarło 3. Odsetka śmiertelności po cięciu Pfannenstiela wynosi w naszej statystyce 2,5%, gdy po cięciu podłużnem, w okresie 1908—1911, odsetka ta dochodzi do 6% (18 zejść na 283 operacye). Różnicę względnie tak znaczną chętnie kładziemy na karb stosowania cięcia podłużnego w przypadkach naogół ciężkich i powikłanych. Po cięciu poprzecznem ani razu nie spostrzegaliśmy posocznicy, ani też zapalenia otrzewnej. Zejście śmiertelne we wszystkich trzech przypadkach zaszło w następstwie powikłań w narządach oddechowych. Przyczyną śmierci było dwukrotnie zrazowe zapalenie płuc, z zejściem na piąty, względnie pietnasty dzień po zabiegu; w trzecim przypadku — istniejące uprzednio, niestety nie rozpoznane przed operacyą gnilne zapalenie oskrzeli wraz z ich rozszerzeniem (bronchiectasiae).

Omówimy bliżej przypadki, zakończone niepomyślnie. W pierwszym przypadku był daleko posunięty rak szyi macicznej u osoby 49-letniej; wykonano sposobem Pryora obustronne podwiązanie tętnicy jajnikowej i macicznej. Przypadek drugi dotyczy 35-letniej, nieco otyłej kobiety, operowanej z powodu zboczenia macicy ku tyłowi oraz zlepnego zapalenia otrzewnej miednicznej. Chora ta w czasie operacyi przebyła ciężką asfiksyę chloroformową; w następstwie rozwinęło się zapalenie płuc, z przejściem w częściową zgorzel. W trzecim wreszcie przypadku wykonaliśmy całkowite wycięcie macicy z przydatkami z powodu obustronnego zapalenia przydatków macicznych, przyczem moczowód lewy uległ przecięciu w pobliżu pęcherza moczowego. Wszczepiony sposobem Sampson-Kröniga moczowód zrósł się z pęcherzem doskonale. Zejście śmiertelne dziesiątego dnia po operacyi z powodu obostrzenia się sprawy zapalnej w narządach oddechowych i wystąpienia ograniczonej wieloogniskowej zgorzeli płuc.

Oględziny pośmiertne we wszystkich trzech przypadkach dokonane zostały przez prof. Przewóskiego.

Powikłania w gojeniu się rany brzusznej po cięciu Pfannenstiela występowały na ogół rzadko, nie stając się powodem zejścia śmiertelnego. Spostrzegaliśmy następujące powikłania:

Tablica IV.

Ropienie wczesne		1 raz
Ropienie późne		1 »
Zebranie się płynu surowiczo-krwawego	przeszło	10 razy
Haematoma subfasciale		1 raz
Cellulitis parietum abdominis		1 »

Ropienie wczesne widzieliśmy raz jeden i to w przypadku setnym dwudziestym — ostatnim naszej seryi, w zależności od błędu w aseptyce operacyjnej. Okazało się mianowicie, iż część narzędzi, z winy personalu pomocniczego, była nienależycie wyjałowiona. Ropienie późne, w trzecim tygodniu po operacyi wystąpiło u chorej, mającej już wyjść do domu z dobrze zagojoną raną brzuszną. W parę dni po wyjściu ze szpitala, jak opowiadał mąż chorej, rana rozeszła się w środkowej części na dwa palce i wylało się z niej sporo ropy. O chorej tej, mieszkającej poza Warszawą, więcej wiadomości nie mamy.

Częściej, niż ropienie, zdarzało się zebranie się w ranie płynu surowiczo-krwawego. Powikłanie to, spostrzegane przez nas w kilkunastu przypadkach, występowało stale w drugim tygodniu po operacyi, najczęściej pomiędzy ósmym a jedenastym dniem, wyjątkowo później. Ilość zebranego płynu wahała się od pół łyżeczki do dwu łyżek. Zabieg leczniczy polegał na wypuszczeniu płynu, czasem parokrotnie, oraz stosowaniu okładów z płynu Burowa. Gojenie się rany brzusznej przy tem postępowaniu szło szybko.

Z innych powikłań spostrzegaliśmy raz jeden zebranie się krwi pomiędzy powięzią a warstwą mięśni brzusznych — krwiak podpowięziowy. Przypadek ten, trzydziesty ósmy w szeregu cięcia poprzecznego, o tyle zasługuje na uwagę, iż wytworzenie się krwiaka nie zostało na razie rozpoznane, zależne zaś od utraty krwi osłabienie czynności serca zwalczano — błędnie — wielkiemi dawkami kamfory i kofeiny. Dopiero ósmego dnia, przy zmianie opatrunku, rozpoznano krwiak, otwarto ranę na przestrzeni 3 cm i wydalono z pod skóry i powięzi wielką ilość skrzepów. Rana zagoiła się po upływie sześciu tygodni.

Niezwykłe wreszcie powikłanie widzieliśmy u 24-letniej kobiety, którą operowaliśmy z powodu tyłozgięcia macicy, powikłanego zajęciem przydatków oraz zlepnem zapaleniem otrzewnej miednicznej.

Po usunięciu przydatków (prócz jajnika lewego), wykonaliśmy u tej chorej wentrofiksacyę, przyszywając katgutem macicę do tylnej powierzchni mięśni prostych brzucha. Przebieg pooperacyjny prawidłowy; chora opuściła od-

dział na dziewietnasty dzień po operacyi z niewielkim, nieco bolesnym naciekiem w bliznie po cięciu Pfannenstiela, u prawego jej końca. Naciek ten stopniowo powiększa się i po upływie czterech tygodni zajmuje przestrzeń dłoni, wypuklając podbrzusze (ryc. 8). Przed macicą, spojoną



Ryc. 8.
Franciszka K. Laparotomia transversa 29. IV. 1911. Cellulitis parietum abdominis.

ze ścianą brzuszną, stwierdzamy płaski, twardy opór, którego górna granica nie dochodzi na trzy palce poprzeczne do pępka; ku dołowi opór ten szeroką podstawą zlewa się ze spojeniem łonowem, na prawo sięga linii przymostkowej prawej, na stronie lewej zachodzi o jeden palec poprzeczny nazewnątrz linii przymostkowej lewej. Opór jest bardzo twardy, na ucisk mało bolesny, grubości mniej więcej palca; przy napinaniu powłok brzusznych nie znika; skóra nad nim ruchoma. Opór jest położony niewątpliwie poza powięzią, prawdopodobnie w obrębie luźnej tkanki łącznej (cellulitis), otaczającej mięśnie. Wahania gorączkowe nieznaczne. Leukocytów 9680. Objawy podmiotowe słabo wyrażone. Gdy naciek zapalny pod wpływem jodynowania i okładów nie zmniejszał się, wykonaliśmy przecięcie nacieku w linii blizny. Tuż za powięzią natrafiliśmy na masę sadłowatą, zbitą, bardzo twardą; ropy nie znaleźliśmy. Ranę pozostawiliśmy otwartą, wypełniając ją gazą. Od czasu zabiegu nacieczenie zaczęło się zmniejszać i w ciągu kilku tygodni znikło bez śladu.

Dodać jeszcze musimy, iż raz jeden widzieliśmy u naszej chorej wystąpienie przepukliny następczej, mianowicie w przypadku, gdzie stwierdzono wytworzenie się krwiaka. Czy w dwu przypadkach, powikłanych ropieniem, doszło, wzgl. dojdzie w następstwie do przepukliny, nie wiemy. Stwierdzamy jeno fakt, iż w żadnym z przypadków cięcia poprzecznego, zagojonych doraźnie, nie spostrzegaliśmy wystąpienia przepukliny. Fakt ten odbija jaskrawo od statystyki, zebranej przez Abla, która przy cięciu podłużnem w warunkach podobnych wykazuje 6% następczych przepuklin.

Na tem kończymy rozbiór wyników, otrzymanych przy cięciu Pfannenstiela, dochodząc do wniosków następujących:

1. Cięcie Pfannenstiela ma swoje ścisłe wskazania i przeciwwskazania i nie powinno być stosowane szablonowo, bez wyboru.

2. Cięcie brzuszne poprzeczne nie może zastąpić cięcia podłużnego, lecz je dopełnia i w tym względzie uważane być może za cenny nabytek nowoczesnej chirurgii.

3. Rana brzuszna po cięciu Pfannenstiela, przy bezwzględnem przestrzeganiu aseptyki i dokładnem zatamowaniu krwotoku, goi się równie szybko, jak po cięciu podłużnem.

4. Cięcie poprzeczne daje względnie małą odsetkę następczych przepuklin.

5. Cięcie poprzeczne, stosowane właściwie, daje wyniki pod względem kosmetycznym bez zarzutu.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia. 1) Nożyce do usuwania resztek migdałka gardłowego (Fein). 2) Skrobaczka do usuwania trzeciego migdałka (Fein). 3) Uniwersalny przyrząd do wszelkich zabiegów mechano-terapeutycznych podług Fischera, mający zastąpić przyrządy ortopedyczne. (Cena 350 marek). 4) Faryngoskop Schmuckerta dla badania dzieci. 5) Szczypczyki Mankiewicza do trzymania cewników miękkich przy wprowadzaniu do cewki. 6) Quassinjektor, przyrząd do wprowadzania leków w połączeniu z CO_2 in statu nascendi do pochwy. 7) Narzędzie O. Becka do wyciągania ciał obcych z ucha. 8) Cytax, przyrząd do mechanicznego liczenia ciałek krwi i innych komórek (Tojbui). 9) Opaskę gipsową sporządza Pels-Leusden ze zwykłego gipsu i zwykłej, a nie organtynowej opaski. Opaska taka jest znacznie tańsza, schnie szybko przy założeniu i dobrze przylega do ciała.
A.

Przy rozdęciu kości (spina ventosa) zaleca Klara Kennerknecht opatrywanie 10% maścią pyrogallową, która ma zastępować leczenie chirurgiczne (?) (Münch. med. Wochschr. 1912, Nr 10). A.

Przy zgorzeli starczej stosował Dumarest ze skutkiem śródtkankowe wdmuchiwania tlenu. A.

Obłuszczenie nerek stosuje się według Lehmanna obecnie ze skutkiem przy sprawach ostrych w nerkach, zwłaszcza w razie skąpego wydzielania lub bezmoczu i mocznicy na temże tle, dalej przy t. zw. neuralgiach i angioneurotycznych krwotokach. Przy sprawach przewlekłych osiąga się przez obłuszczenie poprawę stanu ogólnego. Wynik operacyi polega jedynie na uwolnieniu nerki z ucisku i chwilowej przez to poprawie krążenia; o innych czynnikach wbrew temu, co sądził Edebohls, nie ma tu mowy. (Stosują także obłuszczenie przy rzucawce i celem umocowania nerki ruchomej. Przyp. spraw.). (Berl. klin. Woch. Nr 4). K.

Wypuszczanie płynu mózgowordzeniowego proponuje Kałusch także przy leczeniu gruźliczego zapalenia opon. Przez nakłucie usuwamy sporo toksyn, wpływamy przez to korzy-

stnie na serce i oddech i zmniejszamy ciśnienie śródoponowe, a nowotworzący się płyn zawiera dużo substancyi bakteryobójczych. Zamiast nakłucia lędźwiowego zaproponowali Quincke, Wicart i inni meningotomię, tj. na wysokości 2. lub 3. kręgu lędźwiowego otwiera się kanał kręgowy i wprowadza celem sączkowania dren grubości ołówka. Niektórzy wstrzykują leki, np. kollargol, rtęć (hdrg. oxycyanat.), elektrargol i różne surowice. W zupełnie innym kierunku dąży leczenie ropnego zapalenia opon zapomocą urotropiny. Środek ten, podany wewnętrznie, przechodzi szybko do płynu mózgowordzeniowego i działa tam wybitnie bakteryobójczo. Leczenie to zachwala bardzo Crowe. Urotropinę podaje się obecnie zapobiegawczo przed operacyami czaszki w dawce 1—2 grm. na 2—3 dni przed zabiegiem (Eiselsberg). Również stosują urotropinę przy nagminnem zapaleniu opon i przy zapaleniu przednich rogów rdzenia. Skuteczność leczenia zależy w zapaleniu opon od wczesnej interwencyi. Gdy opony pokryte są już gęstą ropą, wówczas żadne leczenie nie pomoże. K.

Wole leczy Porter (I. of itm. Assoc. 57. XIV) kilkakrotnemi wstrzykiwaniami w kilku miejscach gotującej się wody, a Mellarrison (Royal Soc. of med. I. 1912) zapomocą wstrzykiwania szczepionek, uzyskanych z jelit, albowiem uważa on wole za wyraz odczynu gruczołu na zatrucie kiszkowe. A.

Do leczenia kamicy żółciowej po napadzie zaleca Mosse pigułki Senatora: »Rp. Sapon. medic. 10,0—15,0, mucil. mimos. q. s. f. pil. Nr 60. S. 3 razy dnia pigułkę«. Równocześnie robi się lewatywy z oliwy. (Mydło, jak wiadomo, jest środkiem żółciopędnym). A.

Przy zatruciu kwasem siarkowym zastosował z bardzo dobrym skutkiem Marchand śródżylne wlanie 5% sody. (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). A.

Zatrucia grzybami występują w dwojakiej postaci: 1) jako podrażnienie przewodu pokarmowego (wtedy działa dobrze jako odtrutka węgiel drzewny i przeczyszczenie), 2) jako rozwijające się zwolna, ale silnie przypady nerwowe i zapad. Zatrucie posadką (amanita phalloides, grzyb biały z zielonawo szarą czapeczką) spostrzegał w Trevoux we Francyi Philippe. Z 25 osób zmarło mimo zabiegów 9. Zatrucie występuje albo zaraz (postać pierwsza), albo dopiero w 12 godzin po spożyciu, co utrudnia ratowanie chorych. (Soc. med. de Lyon. XI. 1911). A.

Przeciw działaniu słońca na skórę zaleca Freund: »Rp. Amyl. tric., aquae aa. 10,0, aesculin 4,0, 10% natr. bicarb. gtts. VIII. Misce c. glycerin (110%) 100,0 ut. f. ungt.« A.

Pastę cementową podaje Drew (Mon. f. pr. Derm. 1911, Nr 3) jako nową kombinacyę pasty Lassara z siarką i ichtyolem. Po dobie zasycha ona na skórze w postaci twardej, porowatej warstwy, podobnej do cementu (stąd nazwa). Ta własność ma stanowić jej wartość. N.

Veronal-natrium stosuje Rosenfeld (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 37) z nadzwyczajnym skutkiem w krztuścu. Dawki: od 0·1—0·15—0·2 na raz w wodzie, zależnie od wieku dziecka. Rozpuszczalność tego środka w wodzie pozwala na stosowanie go przez odbytnicę; Citron (Berl. kl. Woch. 1911, Nr 36) podaje go w formie czopków. N.

Ureabromin, związek bromku wapnia z mocznikiem, zawiera 36% bromu. Fischer i Hoppe (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 41) stosują go w padaczce w przypadkach powikłanych schorzeniami nerek lub serca. Dawki 2—3 łyżki dziennie rozczynu 40:300; dzieciom 2—3 łyżeczki; przez odbytnicę w jednorazowej dawce 4—6 gr. N.

Ureochinill (chininum hydrochloric. carbamidat.) w 1% rozczynie stosuje się w celu miejscowego znieczulenia oraz tamowania krwawień. N.

Vanodrin, środek stosowany w dentystyce, zawiera w 1 cm. rozczynu 0·015 nowokainy i 0·0001 adrenaliny. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13 marca 1912 r.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 76.

1. Przyjęto jednogłośnie kol. Maksymiliana Rosego na członka.

2. Uchwalono zmianę § 11 ustawy Towarzystwa lek. krak. odnośnie do lekarzy wojskowych w następującem brzmieniu: »Postanowienia te nie dotyczą członków lekarzy wojskowych przyjętych bez balotowania, którzy podlegają kompetencyi Rady honorowej wojskowej«.

3. W zakończeniu dyskusyi nad demonstracyą kol. Eisenberga: **O negatywnem barwieniu bakteryi**, zabiera głos kol. Doc. Koźniewski, który zaznacza, że w streszczeniu dyskusyi kol. Eisenberg nie umieścił wszystkiego, co mówił wówczas, czemu się nie można dziwić, bo nie jest się obowiązanym do podawania do druku swych przemówień in extenso. Ze streszczenia tego natomiast możnaby wnosić, że mowca (Koźniewski) użył w dyskusyterminu »siła przyciągania wody«. Przeciwko temu zastrzega się stanowczo. Może podobne wyrażenia anachronistyczne spotyka się u tych, co kwestyę ciśnienia osmotycznego biorą ze stanowiska słownego, jako siłę odciskającą. K. mówił o toku wody w kierunku płynu hypertonicznego, jako następstwie różnicy ciśnień, a to jest gruba różnica. Dalej stwierdza mowca, że dyskusya toczyła się nie o istocie ciśnienia osmotycznego, ale o plazmolizie, jako jego następstwie. Zamiast tych ustępów z dzieła Hamburgera, które mówią o istocie ciśnienia osmotycznego w przypadkach teoretycznie idealnych (tłok bez tarcia), trzeba było przytoczyć ustęp nieco dalej na str. 162 o plazmolizie, gdzie autor ten mówi najwyraźniej, że komórka, umieszczona w płynie hypertonicznym traci wodę na korzyść tego płynu i w następstwie tego »zieht sich das Protoplasma von der Zellmembran zurück.« Wtedy uniknęlibyśmy dyskusyi nad elementarnemi zastosowaniami praw fizycznych i chemicznych.

Kol. Eisenberg zaznacza, że wbrew twierdzeniom kol. K. sprawa plazmolizy w dziełach najwybitniejszych badaczy w tym kierunku przedstawiona jest zgodnie z tem, co powiedział w swoim wykładzie. I tak Hamburger (Osmotischer Druck u. Jonenlehre T. I. str. 28—29) powiada: »Die Zuckermolekule werden durch ihre Stösse einen Druck auf den Stempel ausüben.« U Höbera (Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe. III. Aufl. 1911. str. 54) znajdujemy: »Die Plasmolyse lässt sich so deuten, dass gelöste Stoffe auf das lebende Protoplasma einen Druck ausüben, der von ihrer Konzentration abhängig ist... Wenn der Aussendruck künstlich durch Konzentrierung gesteigert wird, dann wird der Protoplast von der Zellulosemembran nach einwärts fortgedrängt.« Wreszcie Fischer, który wykonał klasyczne badania nad plazmolizą bakteryi, pisze (Vorlesungen über Bakterien. II. Aufl. 1903, s. 21—23): »Die im Zellsaft gelösten Stoffe entwickeln infolge ihres Diffusionsbestrebens einen gewissen Druck, den osmotischen Druck... Der Druck lastet zunächst auf dem Protoplasmakörper, als der den Durchgang verhindernden Membran und presst diesen gegen die Zellulosemembran... Es lastet also ein gewisser osmotischer Druck von aussen auf der Zelle... In hyperosmotischer Umgebung wird sogar der Protoplasmaschlauch durch den Ueberdruck aussen zusam-

mengedrückt, infolgedessen schrumpft er stark zusammen«. A zatem zgodność niemal dosłowna z temi wyrażeniami, których mowca używał w opisie zjawiska plazmolizy. Ciśnienie osmotyczne jest pierwotną przyczyną, wędrówka wody zjawiskiem wtórnem.

Koźniewski zaznacza, że nie będzie poruszać wielu ciekawych szczegółów zjawiska plazmolizy, a ograniczy się jedynie do spornej kwestyi — mechanizmu plazmolizy. Właściwą przyczyną plazmolizy jest obecność płynu hypertonicznego, jego ciśnienie osmotyczne. To jest pierwsze ogniwo rozpatrywanego szeregu zjawisk. Wobec różnicy ciśnień zachodzi dążność do jej wyrównania, które nastąpić może tylko w ten sposób, że woda z wnętrza komórki przechodzi do płynu hypertonicznego, gdyż cząsteczki w nim rozpuszczone nie mogą przeniknąć przez błonę plazmatyczną (Plasmahaut) w kierunku przeciwnym. Ten tok wody jest drugiem ogniwem w łańcuchu zjawisk. Trzeciem jest plazmoliza, czyli zmniejszenie się objętości protoplazmy, jej skurczenie się. Tego terminu używa i Fischer, przytoczony przez kol. Eisenberga (schrumpft sich...). Ponieważ kol. Eisenberg chce przedstawić kwestyę tak, jakbym ja nie ciśnienie osmotyczne przyjmował za przyczynę omawianego łańcucha zjawisk, a jakąś »siłę przyciągania wody«, — więc z całym naciskiem zaznaczam, że kwestyi przyczyny plazmolizy — ciśnienia osmotycznego, nawet nie dotykałem, jako elementarnej, nie podlegającej dyskusyi. Mówiliśmy tylko o ogniwie drugiem i trzeciem. Chcę bliżej sprecyzować tę kwestyę, która tyczy metodologii rozumowania w takich przypadkach. Jeżeliby kol. Eisenberg powiedział tylko tyle: ciśnienie osmotyczne — albo — ciśnienie cząstek płynu hypertonicznego wywołuje plazmolizę, wtedy nie możnaby temu określeniu nic zarzucić, gdyż przedstawiałoby ono tylko zacytowanie pierwszej, odleglejszej przyczyny. W biologii jednak, a właściwie we wszystkich naukach eksperymentalnych, nie wystarcza przytoczenie prawa lub zasady, rządzącej jakiemś zjawiskiem. Trzeba przedstawić i wykazać, jak ono się uzewnętrznia, jaki jest mechanizm tego zjawiska. Mechanizm ten polega na toku wody do płynu hypertonicznego. Żeby przedstawić znaczenie właśnie tej fazy zjawiska, wystarczy przyjąć, że i błona plazmatyczna (współprzepuszczalna) jest nie elastyczną, lecz sztywną, podobnie jak ściana komórki. Cóżby się działo wtedy? Plazmoliza czyli zmniejszenie objętości protoplastu nie uwidoczniłoby się, ale ów ważny objaw — tok wody, odbywałby się, gdyż on jest uwarunkowany różnicą ciśnień. Cytat mnożyć nie będę, gdyż sprawa jest jasna dla każdego, kto wie, co się dzieje w dwóch płynach nie izotonicznych, rozdzielonych błoną współprzepuszczalną, bądź sztywną, bądź elastyczną. — Tak się wyraża De Vries, Jost, Hamburger i inni. Co się tyczy Höbera, to znam to jego zdanie, na które powołuje się kol. Eisenberg. Zauważę jednak, że w podręczniku Höbera wiele zagadnień wyłożonych jest niezmiernie niewyraźnie, mętnie. Zresztą o plazmolizie mówi Höber dalej jeszcze na 20 przeszło stronicach, wyjaśniając bliżej sprawę i uwzględniając według Pfeffera inne jeszcze siły — prócz ciśnienia osmotycznego (Quellungsdruck, Centraldruck). W każdym razie i on nie identyfikuje ciśnienia osmotycznego z uderzaniem i nie mówi o rozrywaniu protoplastu. — Chcę wspomnieć o jednym szczególe plazmolizy. Zachodzi ona najprzód w kątach komórki. Gdyby działał tutaj mechanizm uderzania, w takim razie owo kurczenie się protoplazmy i odklejanie się od ściany komórkowej następowałoby nie na granicach, lecz na bocznych ścianach, jako zwróconych większą powierzchnią na działanie sił.

Kol. Eisenberg: Odczepianie się protoplastu w kątach nie jest bynajmniej zjawiskiem stałem (p. Fischer. Fig. 14. str. 20), gdzie zaś występuje, może być również następstwem nierównomiernej siły przyczepienia protoplastu do ścian komórki lub nierównomiernej jego podatności w różnych miejscach.

Koźniewski zaznacza, że pierwotnie nie wspominał kol. Eisenberg o toku wody do płynu hypertonicznego, obecnie jednak mówi: »ciśnienie osmotyczne jest pierwotną przyczyną, wędrówka wody zjawiskiem wtórnem.« Jeżeli dodać to, co się samo przez się rozumie — że plazmoliza t. j. skurczenie protoplastu jest zjawiskiem trzeciorzędnem, następstwem utraty wody (patrz Hamburger l. c. str. 162), wtedy otrzymamy takie zszeregowanie zjawisk, takie przedstawienie mechanizmu plazmolizy, o jakie mowcy właśnie chodzi i któremu poświęcił wszystkie swe wywody.

4. Prof. Emil Godlewski wygłosił wykład: **Nowsze poglądy na ciągłość żywej materyi.**

Prelegent podaje uwagi o mechanizmie autoregulacyi w żywych ustrojach, które są podstawą utrzymania sprawności ustroju, mimo zużywania się żywej materyi przy funkcyach życia. Sprawa przyswajania substancyi odżywczych, regulacya ciepłoty, działanie enzymów, wszystko to jest w stanie regulować tempo odczynów toczących się w ustroju. Ale te urządzenia nie wystarczają do utrzymania stale ustroju w stanie zupełnej równowagi i nadchodzi po dłuższym lub krótszym okresie życia starość i śmierć. Dla utrzymania ciągłości danego typu żywej materyi występuje jako nowy czynnik autoregulacyjny — czynnik rozrodu.

Prelegent podaje dalej wyniki badań zoologicznych nad trwałością życia i wegetatywnego rozrodu u pierwotniaków, omawia badania Maupas, Caulkinsa, R. Hertwiga i jego uczniów, oraz badania Enriqueza i Woodruffa, dochodząc do wniosku, że wśród ciągłości trwania żywej materyi daje się stwierdzić pewna cykliczność, która w pewnym stopniu daje się zmienić działaniem zewnętrznych czynników.

Dalej przedstawia prelegent sposoby pojmowania ustrojów wyższych, wielokomórkowych i pojmowanie zjawiska korrelacyi. Z zespołu korrelacyjnego można grupę składników wyodrębnić, wyizolować. Badania Childa doprowadziły go do wyróżnienia izolacyi fizycznej i fizyologicznej. Prelegent podaje dalej czynniki przyczynowe izolacyi fizyologicznej i omawia jej skutki, które w znacznym stopniu zależą od właściwości twórczej wyizolowanej cząstki. Przy pełnej »potencyi twórczej« wynikiem izolacyi jest geneza nowego pokolenia: rozród. W ten sposób fizyologiczna izolacya jest jednym z czynników autoregulacyjnych, które zapewniają trwałość żywej materyi.

Oddzielona cząstka, wyodrębniona z zespołu korrelacyjnego, ulega odmłodzeniu. Morfologicznie i fizyologicznie odmładzanie żywej materyi da się wykazać; a odmłodzeniu towarzyszy stale ujawnienie ewolucyjnych czynników, które znamionują również żywą materyę wśród jej nieśmiertelnej ciągłości.

W dyskusyi zabrał głos kol. Eisenberg, zaznaczając, że hipoteza Weissmannowska, uważająca pierwotniaki za nieśmiertelne dlatego, że przy rozmnażaniu podziałowem brak trupa, nie da się pogodzić z energetycznym poglądem na życie. Materya ożywiona przedstawia tylko pozorną niezmienność, w rzeczywistości w każdej chwili cząstki jej ulegają rozpadowi, a nowe zostają przyswojone, jest tedy życie łańcuchem nieprzerwanym narodzin i śmierci, naprawdę istnieje tylko ciągłość życia jako pewnej formy przemian energetycznych, ciągłość materyi ożywionej jest tylko pozorem. Dalej wskazuje na to, że państwo bakteryi przedstawia może najdogodniejszy teren dla badań nad nieśmiertelnością pewnych form ze względu na krótki okres generacyi i daną przez to możność obserwowania długiego szeregu pokoleń na względnie krótkiej przestrzeni czasu. To też niektóre hodowle, od 30 lat utrzymywane w pracowniach, a mające poza sobą dziesiątki tysięcy pokoleń, są najwymowniejszym przykładem nieśmiertelności drobnoustrojów. I tutaj oczywista trzeba się starać o optymalne warunki życia i rozmnażania, a doświadczenia Serkowskiego pokazują, że usuwając troskliwie produkty przemiany materyi można uzyskiwać t. zw. kolonie olbrzymy, wielokrotnie przerastające normalny typ kolonii danego gatunku. Co

do zjawiska izolacyi, to być może, że możnaby upatrywać jego analogię w zarodnikowaniu, bakteryi, gdzie często część protoplazmy dająca zawiązek zarodnika oddziela się od reszty komórki przegródką, a po dokonanym akcie zarodnikowania reszta komórki zwykle ulega rozpadowi. Także i różnice między młodszymi a starszymi osobnikami tego samego gatunku, stwierdzone przez Childa, zostały ostatnimi czasy odkryte u bakteryi; Levaditi i Inman stwierdzili, że młodsze osobniki mogą być odporniejsze wobec fagocytozy, Grimme, że ich wytrzymałość alkoholowa przy metodzie Grama jest znaczniejsza, ja zaś, że młode osobniki dają specyalny odczyn barwikowy przy t. zw. odczynie młodości. polegający, na względnej ich cyanofilii.

Prof. Bujwid zaznacza potrzebę odróżniania zarodników — tworów znanych u pleśniowców np. i służących do rozmnażania — jeden osobnik wytwarza tutaj dużo zarodników —, od tworów bakteryjnych, które trzeba nazwać przetrwalnikami, nie zaś zarodnikami. Jedna bakterya tworzy tylko jeden przetrwalnik, który służy nie do rozmnażania, ale do podtrzymania istnienia gatunku. W swoich wykładach B. stale trzyma się tej terminologii.

Kol. Eisenbergowi odpowiada kol. Godlewski, że pojmowanie śmierci oparł na zasadach, podnoszonych przez Weismanna. Podniesione przez kol. Eisenberga fakty uważa za ładne przykłady ciągłości żywej materyi w państwie drobnoustrojów.

Za sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 10. I. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche Sekretarz: kol. E. Sonenberg.

1. Przeczytano i przyjęto uchwały, które zapadły na ostatniem posiedzeniu Zarządu, dotyczące: 1) propozycyi dodania do art. 25. regulaminu uwagi, aby bywanie lekarzy miejscowych w charakterze gości na posiedzeniach Towarzystwa trwało nie więcej, niż 2 lata, oraz 2) uchylenia wniosku komisyi bibliotecznej o zmniejszeniu opłaty za korzystanie z biblioteki Towarzystwa przez nie członków.

2. Z okazyi przypadających w roku bieżącym 25 lat pracy zawodowej kolegi Jakóba Birenzweiga, sekretarz stały, kol. K. Jasiński, podniósł działalność fachowo-lekarską kol. Birenzweiga, który przed 25 laty, jako dermatolog, rozpoczął praktykę w Łodzi i był w owym czasie pierwszym wogóle lekarzem-specyalistą. Kol. Jasiński podkreślił pracowitość, sumienność i gruntowne wykształcenie fachowe kolegi Birenzweiga, unikanie z jego strony wszelkiego rozgłosu, oraz udział w życiu naszego Towarzystwa, którego przed laty był sekretarzem.

3. Kol. Prezes przeczytał list kol. Al. Poznańskiego, który z okazyi 25-lecia swej zawodowej działalności ofiaruje na rzecz Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach 15 rubli.

4. Po przeczytaniu przez sekretarza protokołu z ostatniego posiedzenia i sprawozdania z działalności Towarzystwa za r. 1911, oraz po przeczytaniu sprawozdania przez bibliotekarza — przyjęto kolegów: Landego, Weissberga i Tereszkiewicza w poczet członków Towarzystwa.

5. Przystąpiono do wyborów członków Zarządu. Przewodniczącym wybrano kol. W. Pinkusa, który na asesorów zaprosił kolegów: Birenzweiga i Skalskiego, a na sekretarza kol. Mogilnickiego. Kol. Pinkus podziękował ustępującemu Zarządowi za pracę, a w szczególności za pracę około urządzenia Zjazdu lekarzy prowincyonalnych i obchodu jubileuszowego, przyczem zaznaczył, że szczególną zasługę położył tu kol. Sterling.

Po przemówieniu kol. Pinkusa przystąpiono do głosowania. Głosowało 39 kolegów.

Prezesem Tow. wybrano kol. A. Kruschego, wiceprezesem kol. S. Sterlinga, sekretarzem I. kol. E. Sonnenberga, sekretarzem II. kol A. Tomaszewskiego, skarbnikiem H. Trenknera, bibliotekarzem I. Z. Prechnera, bibliotekarzem II. H. Goldberga.

6 Wybalotowanego członka sądu, kol: Pieniążka, wybrano ponownie. Na drugiego członka-zastępcę wybrano kol. Skalskiego.

7. Do komisyi rewizyjnej wybrano przez aklamacyę kol. Kolińskiego, Littauera i Soltza.

Do komisyi bibliotecznej również przez aklamacyę wybrano kol. M. Cohna, Goldmana i Trenknera.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1912 r.

I. Kol. Biegański zabiera głos z powodu śmierci Drów S. Markiewicza i E. Biernackiego. Po krótkich datach biograficznych wylicza najważniejsze zasługi Dra Markiewicza na polu higieniczno-społecznem, oraz daje pogląd ogólny na działalność naukową Dra Biernackiego. Na wniosek kol. Biegańskiego pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

II. Kol. Rozenfeld przedstawił 9-letniego chłopca z **porażeniem kurczowem kończyn dolnych** (paraplegia spastica) na tle próchnienia gruźliczego kręgosłupa. Choroba rozpoczęła się w marcu 1910 gorączką nieokreślonego bliżej pochodzenia. W trzecim tygodniu tej gorączki wystą-

pił bardzo silny ból w części górnej grzbietowej kręgosłupa. W sierpniu zauważono osłabienie kończyn dolnych, zwłaszcza prawej. W marcu 1911 chory przestał zupełnie chodzić, ból w kręgosłupie ustąpił. Od roku zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Stan obecny: Odżywienie ogólne dobre, ciepłota prawidłowa, tętno 80, w narządach wewnętrznych zmian niema, sen i łaknienie dobre. Wszystkie rodzaje czucia skórnego zachowane. Kończyny dolne sztywne, stopy zgięte. Zupełny brak ruchów dowolnych. Zaników i drgania włókienkowego niema. Odruchy ścięgniste bardzo wzmożone. Odruch Babińskiego wyrażony jaskrawo. Przy podrażnieniach bólowych na obydwu kończynach odruch ucieczkowy: chory zgina kolano, udo przyciąga do brzucha i skręca na zewnątrz. W kończynach górnych: wyraźne osłabienie mięśni napiętka, sztywności niema, ruchy dowolne prawidłowe. Pęcherz opróżnia się okresowo w miarę napełnienia. W nocy bezwiedne oddawanie moczu i kału. Kręgosłup w części grzbietowej łukowato wygięty ku tyłowi. Ucisk na wyrostek kolczasty 7. kręgu szyjnego i trzech pierwszych grzbietowych wywołuje mocny ból. Objawy kliniczne wskazują na uszkodzenie dróg piramidowych w górnej części grzbietowej rdzenia. Zmiany wewnątrzrdzeniowe są zapewne następstwem gruźlicy kręgów.

III. Sekretarz kol. Rozenfeld odczytał **sprawozdanie roczne z działalności naukowej Towarzystwa.** Na początku roku 1911 liczyło Towarzystwo 32 członków rzeczywistych. W ciągu roku przybyło dwóch członków. Prócz tego było 4 członków korespondentów, 3 honorowych i 1 ofiarodawca. Posiedzeń było 10, brało w nich udział od 16 do 24 członków. Pokazy i odczyty były następujące:

I. Pokazy preparatów: kol. Wrześniowski: macica wyłuszczona wraz z guzem, włókniakotłuszczak śluzakowy, wyłuszczony u oseska; kol. Wacław Kohn: krętki i laseczniki okrężnicy.

II. Pokazy chorych: kol. W. Kohn: dziecko z tarnią dwudzielną; kol. Rozenfeld: przypadek tętniaka aorty piersiowej; kol. Wasilewski: przypadek ciężkiej niedokrwistości; kol. Wrześniowski: chora po operacyi zatoki szczękowej, przypadek kostniakomięsaka obojczyka i raka piersi, leczonych salwarsanem.

III. Kazuistyka: kol. Edward Kohn: przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka; kol. Rozenfeld: przypadek ropnia mózgu, przypadek obcego ciała w drogach oddechowych, przypadek cierpienia ogniskowego mostu Varola; kol. Wrześniowski: przypadek tyłozgięcia macicy ciężarnej.

IV. Medycyna teoretyczna: kol. Biegański: o funkcyi przysadki mózgowej, o roli tętnic w krwiobiegu.

V. Medycyna praktyczna: kol. Batawia: stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego; kol. Biegański: o działaniu adrenaliny, o środkach sercowych; kol. Broniatowski: appendicitis gangraenosa sub partu; kol. W. Kohn: praktyczna wartość odczynu Wassermana; kol. Landau: o istocie i leczeniu moczówki cukrowej; kol. Rozenfeld: o patogenezie krzywicy.

VI. Różne: kol. Biegański: dziesięciolecie częstoch. Tow. lekarskiego, wspomnienie pośmiertne o kol. Wasserthalu; kol. W. Kohn: przypadek zakażenia się gruźlicą świnek morskich w poczekalni dla chorych; apt. Nowak: projekt otwarcia domu handlowego aptecznego.

IV. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie roczne ze stanu kasy Towarzystwa. Dochód 322 rb. 75 kop. rozchód 274 rb. 21 kop., pozostałość na rok przyszły 48 rb. 54 kop. Składki niewpłacone 317 rb. 50 kop.

W dyskusyi kol. Biegański wypowiada zdanie, że koledzy, nie uczęszczający na posiedzenia i nieopłacający składek w ciągu 3 lat z rzędu, nie powinni być uważani nadal za członków Towarzystwa. W tej sprawie zabierają głos kol. Marczewski, Wrześniowski, E. Kohn, Rejman. Ostatecznie wniosek kol. Biegańskiego przyjęto. — Kol. Nowak zapytuje, czy ruchomości Towarzystwa lekarskiego są ubezpieczone. — Po wyjaśnieniu kol. E. Kohna uchwalono ubezpieczyć bibliotekę i ruchomości na sumę 2000 rb.

V. Wybory do Zarządu: Prezesem wybrany kol. Biegański, wiceprezesem kol. Wrześniowski, sekretarzem kol. Rozenfeld, skarbnikiem kol. Rejman, bibliotekarzem kol Stawnicki, członkami Zarządu kol.: Łokczewski i Rudzki. Do komisyi rewizyjnej wybrani kol. Batawia, Marczewski i Nowak.

Posiedzenie z dnia 17 lutego 1912 r.

Obecnych 17 członków.

I. Kol. Łokczewski opisał **napad padaczkowy,** spostrzegany u robotnika w ambulatoryum fabrycznem. Chory stracił przytomność przy objawach nadzwyczajnej duszności i sinicy. Po krótkim okresie bezdechu wystąpiły nagle drgawki tężcowe, które trwały około 10 minut. Drgawek klonicznych nie było wcale. Mocz nie zawierał białka.

II. Kol. Rozenfeld wygłosił referat: **O rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych.** Na wstępie rozważył prelegent, w jaki sposób lasecznik gruźlicy wkracza do ustroju ludzkiego i zatrzymał się dłużej na nowszych badaniach Calmettea, którego zdaniem laseczniki mogą się przedostawać do gruczołów oskrzelowych przez błonę śluzową jelit i gruczoły krezkowe. W dalszym ciągu omówił prelegent stosunki anatomiczne i podział gruczołów na 4 najważniejsze grupy. Po przytoczeniu danych statystycznych i wykazaniu, że choroba ta jest najczęstszą i najpierwszą ze wszystkich spraw gruźliczych w ustroju człowieka, przeszedł prelegent do objawów klinicznych i rozpoznawania. Do objawów klinicznych należą: długotrwała nieraz gorączka bez określonego typu, częste nieżyty dróg oddechowych, napady dychawicy, rzadziej ból w okolicy międzyłopatkowej lub na mostku. Czasami spostrzegamy objawy ucisku tchawicy, nerwu błędnego, zwrotnego, żyły głównej i t. d. W połowie przypadków choroba przebiega

skrycie. Rozpoznanie opiera się na zestawieniu wywiadów, objawów klinicznych i wynikach badania fizycznego. Najważniejsze wskazówki rozpoznawcze daje osłuchiwanie kręgosłupa pomiędzy kręgiem VII szyjnym i V grzbietowym (odgłos oskrzelowy mowy, »chuchotement« objaw Prof. Espinea). Opukiwanie kręgosłupa wymaga szczególnej wprawy i nie może mieć szerszego rozpowszechnienia w praktyce. Francuscy lekarze polecają raczej opukiwanie w okolicy stawu mostkowoobojczykowego prawego (przytłumienie, zmiana wysokości tonu). W wielu przypadkach zauważyć można osłabienie oddechu na większej lub mniejszej przestrzeni płuca prawego, oraz szmer żylny na rękojeści mostka przy pochylonej w tył głowie (Smith). Najpewniejsze wyniki daje rentgenografia.

W dyskusyi kol. Batawia poruszył sprawę leczenia gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych i mówił o dodatnim wpływie klimatu górskiego. — Kol. Biegański opisał dwa przypadki tej choroby, spostrzegane w ostatnim czasie we własnej praktyce. W pierwszym przypadku, u dwudziestokilkoletniej mężatki, gorączka z niewielkiemi wzniesieniami wieczornemi trwała w ciągu 3 lat z rzędu. W drugim przypadku dziewczynka trzynastoletnia, doskonale odżywiona, otyła, miewa okresy kilkunastodniowej gorączki przestankowej (do 39°), której zawsze towarzyszy nieżyt dróg oddechowych. W obydwóch przypadkach rozpoznanie było oparte na badaniu rentgenograficznem. Przechodząc do leczenia, kol. Biegański mówi o wcieraniu szarego mydła w górną część klatki piersiowej, o podawaniu tranu, przetworów jodowożelazistych, wreszcie o wpływie klimatu morskiego. — Kol. Wrześniowski sądzi, że prześwietlanie promieniami Röntgena nie może mieć w rozpoznawaniu tej choroby bezwzględnie rozstrzygającego znaczenia. Gruczoły bowiem powiększone bez głębszych zmian anatomicznych i nie zwapniałe nie dają wyraźnego cienia.

III. Kol. Rozenfeld mówił: **O własnościach leczniczych surowicy końskiej prawidłowej.** Wpływ surowicy, jako środka, pobudzającego leukocytozę i fagocytozę w przebiegu chorób zakaźnych, znany już jest oddawna. W ostatnich latach stwierdzono, że surowica, pochodząca ze zwierząt, którym uprzednio dokonano upustu krwi, wzmaga czynność szpiku kostnego i sprzyja wytwarzaniu się krwinek jądrzastych. Na tem spostrzeżeniu oparte jest stosowanie surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej, jako stale znajdujących się w aptekach, przy różnych postaciach niedokrwistości i blednicy. Wreszcie zauważono, że surowica końska posiada wybitny wpływ na krzepliwość krwi. Podług Weila jest ona najlepszym środkiem przy leczeniu krwawiączki. Może być również stosowana z korzyścią w niektórych przypadkach uporczywych krwotoków z narządów wewnętrznych.

Karol Rozenfeld.

Zamknięcie
Towarzystwa le-
za r.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła w interesie należytej gospodarki, drukować w je-
być wykonywane i to bez względu na czas zwołania walnego zgromadzenia. Opóźnienie w tym roku tłumaczy się wpro-
Zamknięcie, które ogłaszamy, jest tylko streszczeniem szczegółowych rachunków. Daje jednakże wierny obraz obrotu
naukowego, wiele wydano na pensye wdowie i zapomogi, jaki jest stan finansowy fundacyi Stillerów (Morszyna) i jakie
Pożądanem byłoby, aby nietylko komisya rewizyjna, ale także członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich się za-
galic. (Lindego 5) przeglądnąć i zbadać.

Z Rady zawiadowczej

Zabłocki, sekretarz.

	Dochody		Efekta K	Efekta h	Gotówka K	Gotówka h
	Stan gotówki 1/1 1911		375.659	14	10.196	39
	I. Dochody zwyczajne.					
1.	Fundusz gospodarczo-naukowy (opłaty członków)				9.311	30
2.	Fundusz zapomogowy: połowa opłat członków Tow. lek. krak. i lwowskiego				631	
3.	Fundusz pensyjny:					
	a) procenta od papierów wart. na pensye i zapomogi	11.784·40				
	b) procenta od gotówki	1.129·97				
	c) jednorazowe dary na rzecz wdów i sierót	730·20				
	d) wpisowe	210·—				
	e) połowa opłat członków Tow. lek. krak. i lwow.	631·—			14.485	57
4.	Dary do funduszów: Gilewskiego	1.000·—				
	Lukasa	200·—				
	Marsa	100·—				
	Mahla	46·90				
	Merunowicza	500.—				
	Szulisławskiego	479.—			2.325	90
5	Morszyn				27.499	24
6.	Kaucye				1.880	
7.	Drobne					05
8.	Procenta od papierów funduszu: Dra Marsa, Dra Rydygiera i budowy kaplicy w Morszynie (doliczone do kapitałów zarodowych)				188	
	II. Dochody nadzwyczajne.					
1.	Ze sprzedaży realności				42.500	
	III. Dochody w efektach.					
1.	Zakupiono efekta nom. wartości		43.400			
2.	Procenta narosłe od kapitałów ulokowanych na książeczkach Kasy Oszczędności		85	65		
3.	Legat ś. p. Dra Barzyckiego		60.151			
	Razem		479.295	79	109.017	45

rachunków
karzy galicyjskich
1911.

Lwów, 15. marca 1912.

dnym z organów swoich, z początkiem każdego roku zamknięcie rachunków za rok ubiegły. Ma to także w przyszłości
wadzeniem nowych książek i uporządkowaniem funduszów.
pieniężnego, przedkłada bilans, wykazuje, gdzie są przechowane walory i kapitały, jaki był obrót funduszu gospodarczo-
Towarzystwo posiada fundusze.
poznali ze szczegółami sprawozdań. Każdy kolega może na żądanie, szczegółowe rachunki w biurze Towarzystwa lek.

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Machek, prezes.

	Wydatki	Efekta K	Efekta h	Gotówka K	Gotówka h
1.	Fundusz gospodarczo-naukowy:				
	Tygodnik lekarski 2.363·75				
	Przegląd lekarski 3.032·50				
	Wydatki administrac. 2.267.61			7.663	86
2.	Pensye i zapomogi			14.435	
3.	Morszyn			22.177	01
4.	Wykupno pożyczki lombardowej z funduszów pensyjnych			6.300	
5.	Kaucye			1.150	
	Wydatki nadzwyczajne.				
1.	Zakupno efektów do funduszów:				
	1) im. Dra Barzyckiego 200 K				
	2) » » Biesiadeckiego 500 »				
	3) » » Garbińskiego 400 »				
	4) » » Jasińskiego 5.400 »				
	5) » jubileuszowego 500 »				
	6) » Dra Krówczyńskiego 200 »				
	7) » » Krzeczunowicza 600 »				
	8) » » Łuszczkiewicza 100 »				
	9) » » Mahla 300 »				
	10) » » Niedźwiedzkiego 800 »				
	11) » » Rożańskiego 200 »				
	12) » » Świątkiewicza 100 »				
	13) » » Szulisławskiego 500 »				
	14) » » Gilewskiego 4.600 »				
	15) » » Lukasa 600 »				
	16) » » Merunowicza 500 »				
	17) » pensyjnego 27.600 »				
	18) » Dra Marsa 300 »				
	nom. wart. 43.400 K				
	za			40 553	92
	Wydatki w efektach.				
1.	Zrealizowane książeczki Kasy oszczędności	353	19		
	Stan w dniu 31. grudnia 1911	478.942	60	16.737	66
	Razem	479.295	79	109.017	45

2. Rachunek bilansu za rok 1911.

	Stan czynny	Koron	hal.		Stan bierny	Koron	hal.
1.	Pozostałość kasowa w d. 31. grudnia 1911	16.737	66	1.	Pierwsza pożyczka hipoteczna na Morszynie	67.298	14
2.	Papiery wart., których procenta służą na pensye i zapomogi dla wdów i sierót	320.900		2.	Druga pożyczka hipoteczna na Morszynie	22.702	24
3.	Papiery wart., których procenta dolicza się do kapitału	5.100		3.	Pożyczka na lombard efektów	6.300	
4.	Książeczki Kasy oszczędności	1.715	78	4.	Pożyczka z funduszu pensyjnego Towarzystwa	17.108	09
5.	Losy	20			1—4 stanowią dług na Morszynie — razem 113.408·47 K		
6.	Papiery wart., których odsetki pobierają dożywotniczki	151.206	82				
7.	Wartość dóbr Morszyn	268.045	32	5.	Zwroty: *a)* funduszom Towarzyst. 427·89 *b)* opłaty szynkarskiej 730·—	1.157	89
8.	Kaucya propinacyjna	250					
9.	Depozyt w Banku krajowym	1.000					
10.	Wierzytelności na dobrach Morszyn	6.300					
11.	» » » »	17.108	09		Czysty stan czynny z 31/12 1911	674.170	50
12.	Zwroty z funduszów pensyjnych	353	19				
	Razem	788.736	86		Razem	788.736	86

3. Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny.

	K.	h
Pozycya bilansu: 1. Pozostałość kasowa w dniu 31 grudnia 1911		
a) W Banku krajowym złożono rach 684	7.984	—
b) W Galicyjskiej Kasie oszczędności ks. 144485 83878, 84391 razem	570	79
c) Powszechny Bank książeczka Nr 846	1.230	78
d) Pocztowa Kasa oszczędności	2.754	55
e) Gotówką	4.197	54
	16.737	66

Z powyżej wykazanej pozostałości kasowej 16.737 K 66 h przypada:

1. Na rachunek Morszyna	5.322	23
2. Jest własnością dzierżawcy propinacyi (depozyt)	730	—
3. Własnością funduszów	427	89
4. Własnością funduszu pensyjnego	8.610	10
5. Fundusz administracyjny	1.647	44
Razem	16.737	66

Poz. 2 i 3. Walory mające zabezpieczenie pupilarne złożone są w Banku krajowym, kwit depozytowy nr. 2978 na nom. 326.000 koron.

Poz. 4. 5 i 8. W przechowaniu skarbnika.

Poz. 6. *a)* Fundusz Dr Jasińskiego 91.055 K 82 h w depozycie sądowym.

b) Fundusz Dr Barzyckiego 60.151 K — h złożony w Banku krajowym.

Razem 151.206 K 82 h.

4. Fundusz gospodarczo-naukowy.

Administracya.

Wydatki.

1. Przegląd lekarski	3.032	50
2. Tygodnik lekarski	2.363	75
3. Pensya prowadzącego książki	480	—
4. Druk sprawozdań za rok 1909 i 1910	467	60
5. Należytość Pocztowej Kasy oszczędności	48	99
6. Asekuracya kas od włamania	100	54
7. Sekcye	62	—
8. Ekwiwalent i należytość bezpośrednia	355	85
9. Lokal, światło, opał	200	—
10. Kursor	35	—
11. Wydatki sekretarskie, kancelaryjne, druki, listonosze, drobne	217	87
12. Koszta administracyi Banku krajowego	67	96
13. Krzesła i półki	31	—
14. Przeniesienie kasy na 2. piętro w Namiestnictwie	30	—
15. Dawniejszy rachunek Abla	90	80
16. Wieńce dla dwóch kolegów	62	—
17. Dopłata za członka dożywotniego K.	18	—
	7.663	86

5. Fundacya Stillerów.

Rachunek Morszyna za 1911.

I. Dochody:

1. Propinacya	500	—
2. Folwark	3300	—
Odszkodowania różne	160	—
— za asekuracyę	507	38
— za wyrąb drzew	140	—

3. Polowanie	500 —
4. Sól Morszyńska dzierżawa p. Piepes-Poratyńskiego	500 —
5. Zakład zdrojowy	18.688 64
6. Las	343 77
7. Wartość materyału drzewnego	1.417 45
8. Kary za szkody w lesie	20 79
9. Dzierżawa Gwiazdy	200 —
10. Za pomieszkania	287 60
11. Czynsz za pola i sianożęć	240 —
12. Zwroty zaliczki na podatki	243 61
— kosztów podróży	75 —
— zaliczek na wydatki Morszyńskie	450 —
	27.574 24

II. Wydatki:

1. Raty pożyczek hipotecznych	4.343 26
2. % od lombardu efektów	264 82
3. Ekwiwalent	445 62
4. Podatki	1537 61
5. Asekuracya	658 90
6. Za plany gospodarki leśnej	100 —
7. Administracya, lustracye, drobne wydatki	416 78
8. Koszta adwokata i notaryusza	65 —
9. Zwrot opustu podatków dzierżawcy	180 —
10. Pobory służby leśnej	635 08
11. Koszta wyrębu drzewa i robocizny	309 53
12. Nasiona i szkółki leśne, kwiaty	66 24
15. Zakład zdrojowy	10.282 33
15. Wartość materyału drzewnego (deputaty i zakład)	1.417 45
15. Płaca klucznika	360 —
16. Kopanie borowiny	49 20
17. Robocizna w zakładzie zdrojowym	88 82
18. Wanna	92 41
19. Konserwacya zakładu i materyały potrzebne	197 88
20. Pranie bielizny	16 08
21. Zaliczka na wydatki Morszyna	450 —
22. Naprawa karczmy	200 —
	22.177 01

Czysty dochód z Morszyna w roku 1911 wynosił 5.397 K 23 h.

6. Fundusze Towarzystwa z dniem 31 grudnia 1911.

I. Fundusze niewzrastające.
(Procenta wchodzą do funduszów pensyjnego i zapomogowego).

	Efekta nom. wart.	Razem
1. Dra Barzyckiego	2.000	
2. » Biesiadeckiego	14.300	
3. » Garbińskiego	2.800	
4. » Jasińskiego	126.300	
5. Fundusz jubileuszowy	3.200	
6. Dra Krówczyńskiego	800	
7. » Krzeczunowicza	8.600	
8. » Łuszczkiewicza	800	
9. » Mahla	3.400	
10. » Niedźwieckiego	17.320	
31. » Rożańskiego	300	
12. » Józefa Świątkiewicza	1.400	
13. » Szulisławskiego	500	181.720·—

II. Fundusze wzrastające.
(Procenta wchodzą do funduszu pensyjnego i zapomogowego).

		Książeczki kasy oszczęd.	Gotówka	Morszyn winien fundusz.	
1. Dra Gilewskiego	29.900	27.01	—	—	29.927·01
2. » Lukasa	1.000	93.10	8.15	—	1.101·25
3. » Merunowicza	3.500	64.45	45.04	—	3.609·49
4. Fundusz pensyjny	104.800	1178.14	8610.10	23.408·09	137.996·33
III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.					
1. Dra Marsa	3.200	93·18	164·80	—	3.457·98
2. Dra Rydygiera	1.700	189·57	117·40	—	2.006·97
3. Kaplica Morszyńska	200	70·33	92·50	—	362·83
	326.020	1715·78	9.037·99	23.408·09	360.181·86

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1. Dra Jasińskiego	91.055·82
2. Dra Barzyckiego	60.151·—
Razem	151.206·82

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 10. IV. 1912 posiedzenie, na którem prezes Dr Janiszewski poświęcił gorące słowa wspomnienia zmarłemu Dr Józefowi Merunowiczowi, protomedykowi Galicyi, członkowi honorowemu Towarzystwa. Towarzystwo złoży wieniec na grobie zmarłego i wyśle telegramy kondolencyjne. Następnie doc. Dr Radliński miał wykład: »O dyagnostyce funkcyonalnej nerek.« Na posiedzeniu byli obecni jako goście Dr. Rzętkowski i Dr Kozerski z Warszawy.

— Dnia 2 kwietnia odbyło się w miejskim Urzędzie zdrowia posiedzenie lekarzy szkolnych, na którem Dr Klęsk wygłosił odczyt o odżywianiu dzieci szkolnych (wypracowany wspólnie z Dr Grażyńskim), wykazując, że w Krakowie najmniej 1000 dzieci szkolnych potrzebuje niezbędnie dodatkowego odżywiania w szkole. W ożywionej dyskusyi naczelny lekarz miejski postawił wniosek, by zebrać komitet, któryby odrazu w kwietniu zaczął odżywianie dzieci. Wniosek uchwalono i na cel ten urządzono odrazu składkę. Kwestya ta, tak żywotna dla społeczeństwa, znajdzie chyba życzliwy oddźwięk u wszystkich.

— Dr Zdzisław Dmochowski z Warszawy mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej we Lwowie.

— W Krynicy rozpoczęły się kosztem rządu (jako właściciela zdrojowiska) głębokie wiercenia dla uzyskania nowych źródeł mineralnych, jakoteż w toku znajdują się roboty około regulacyi potoku Kryniczanki. Natomiast sprawa budowy nowych łazienek borowinowych i zakładu wodoleczniczego nie posunęła się naprzód, a to wskutek odwlekania przez ministerstwo zatwierdzenia gotowych już planów. Krążą wieści, że prywatna spółka stara się o dzierżawę Krynicy na dłuższy szereg lat. Z tego powodu podnosi »Nowa Reforma« (Nr. 152), że w razie wydzierżawienia tego zdrojowiska powinienby sobie pierwszeństwo dzierżawy zastrzedz kraj.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie kol. G. Grzybowskiemu z Krakowa za książki, ofiarowane Bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy wietrznej 4 (1), płonicy 7 (2), odry 1, duru brzusznego 3 (1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr. 14) uważa termin II Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, oznaczony na grudzień r. b., za nieodpowiedni, podnosząc, że dla większości lekarzy warszawskich jest wyjazd za granicę możebny tylko w lecie i że lepszym terminem byłaby druga połowa lipca.

— Zjazd dermatologów i syfilidologów polskich projektuje się na jesień 1913. Zgłoszenia tymczasowe przyjmują Dr Watraszewski, Wojciechowski, Kozerski, W. Sterling i R. Bernhardt w Warszawie.

— W »Stowarzyszeniu lekarzy warszawskich« zorganizował zarząd »wieczory dyskusyjne«, mające wielkie powodzenie. Na wieczorach tych odbyły się dotąd odczyty: Dr Jakimiaka »O organizacyi pracy szpitalnej w Niemczech«, p. Weyberga »O ciałach koloidalnych«, p. Lewińskiego: »O wodach gruntowych w Królestwie polskiem«, p. J. Boguckiego: »Klasyfikacya nauk«, Dr Nusbauma: »O długowieczności«.

— Towarzystwo walki z gruźlicą w Żytomierzu, otwierając w b. m. przychodnię, poszukuje do niej lekarza. (Zgłoszenia do Dr H. Kurmanowiczówny, Cmentarna Nr 4).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 25. III. do 8. IV. 1912 przypadków: ospy 2, płonicy 2, róży 2 † 2.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na posiedzeniu Wydziału farmaceutycznego »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 21. III (3. IV) b. r. miał wykład p. Mag. farm. Próchnicki: »Przyczynek do charakterystyki ciał białkowych mięsa ryb.«

Zmarli: chirurg-ortopeda prof. Codivilla w Bolonii, anatom prof. Oloriz y Aguilera w Madrycie, ginekolog prof. Frommel z Erlangen w Monachium,

Dr Władysław Wyszyński w Koźminie w Wielkopolsce, Dr Wojciech Dreżewski w Klecku w ks. Poznańskiem, Dr Władysław Belkie w 64 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. kwietnia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Cercha: Znaczenie chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii. 2) Dr Zanietowski: O systemizacyi środków balneoterapeutycznych i o stosunku tychże do medycyny wogóle, a do neurologii w szczególności.

We środę **d. 24. kwietnia 1912** odbędzie się drugie posiedzenie, poświęcone balneologii, z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Wąsowicz: O balneoterapii i jej znaczeniu dla medycyny wewnętrznej. 2) Dr Frączkiewicz: O klimatologii. 3) Dr Pelczar: O leczeniu chorób serca.